

※以下、太ワク内をご記入・ご捺印ください。

被保険者証番号 ※0を含む左詰					
世帯主氏名 ※国保の場合記入			生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
受診者氏名	(男・女)		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
受診者年齢	歳	受診医療機関名	三田市民・あおぞら・平島・いまだ 他()		受診日 平成 年 月 日

申請・請求金額 □20,000円 ・ □1/2(円) ※100円未満切捨て

支払い方法 口座振替 (振込先)	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		金融機関 コード	
	支店名	支店 本店 出張所 営業部		支店 コード	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄		フリガナ	
	口座番号			口座名義	

特定検診問診票	
質問内容	回答欄
①現在、医療機関に通院または治療されている病気はありますか。	なし ・ あり (病名:)
②右記の症状であてはまるものはありますか。	なし あり 胸の圧迫感 ・ 動悸 ・ 不眠 ・ 肩こり腰痛 ・ めまい 手足のしびれ ・ 頭痛 ・ おなかの張る ・ 顔がむくむ 足がむくむ ・ いつも調子が悪い その他()
③血圧を下げる薬を服用している。	はい ・ いいえ
④インスリン注射または血糖を下げる薬を服用中。	はい ・ いいえ
⑤コレステロールを下げる薬を服用中。	はい ・ いいえ
⑥現在、たばこを習慣的に吸っている。	はい ・ いいえ

三田市長 あて

上記のとおり、添付書類を添えて人間ドック等受診助成を申請します。

また、受診結果が三田市において保健指導及び保険に関する統計等に活用されることに同意します。

申請者 (受診者本人 ※世帯主も可)

〒 _____ 平成 年 月 日

住所

氏名 (印) 電話番号 () _____

(市処理欄)

※太点線枠内は国保の人のみ確認すること

資格審査	資格取得日	昭平 年 月 日	申請年度 4/1時点資格	有	無	年齢	該当	非該当
	保険税 完納確認者		必須検査 項目確認	済	未済			
	特定健診	未受診	受診済	受診券回収	済・交付前・紛失 破棄・未(返信用封筒)		受診券 回収日	/
	審査結果	可	否					
添付書類	・ 人間ドックに要した費用の領収書(写し) ・ 人間ドックの診断結果(写し)			給付 受付者				

年度内の人間 ドック受診助成	無	有	助成決定番号 ※担当にて採番		コード				
-------------------	---	---	-------------------	--	-----	--	--	--	--